

# VU Research Portal

## Kwetsbare keuzes

Meynen, G.

2017

### **document version**

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

### **citation for published version (APA)**

Meynen, G. (2017). *Kwetsbare keuzes*. Vrije Universiteit.

### **General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

### **Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

### **E-mail address:**

[vuresearchportal.ub@vu.nl](mailto:vuresearchportal.ub@vu.nl)

prof.dr. G. Meynen

Faculteit der Geesteswetenschappen

# KWETSBARE KEUZES

Oratie



prof.dr. G. Meynen

# KWETSBARE KEUZES

Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt  
van bijzonder hoogleraar Ethiek en psychiatrie,  
vanwege GGZ inGeest, aan de Faculteit der Geesteswetenschappen van de  
Vrije Universiteit Amsterdam op 27 oktober 2017.

Mijnheer de rector magnificus, dames en heren,

Wat is er zo bijzonder aan de relatie tussen ethiek en psychiatrie, dat je daar een aparte leerstoel voor zou instellen? Het antwoord op deze vraag kent meerdere aspecten, waarbij ik vanmiddag zal ingaan op het thema keuzes, kwetsbare keuzes.<sup>1</sup> We kijken allereerst naar de invloed die psychische stoornissen op iemands beslissingen kunnen hebben. Vervolgens richten we ons op de wilsbekwaamheid, een normatief kernbegrip in de geneeskunde. Daarna verplaatsen we onze blik naar de toerekeningsvatbaarheid, waarbij het gaat om verantwoordelijkheid voor gedragskeuzes in een forensische context. Dan analyseren we hoe psychische stoornissen de keuzes van mensen rond het levenseinde kunnen beïnvloeden. Ten slotte onderzoeken we in hoeverre ‘*mind reading*’ met neurotechnieken aan de kwaliteit van de beoordelingen van wilsbekwaamheid en toerekeningsvatbaarheid zou kunnen bijdragen.

### **Psychische stoornissen en beslissingen**

Waarom verlies je gewicht bij de eetstoornis anorexia nervosa? Is er bijvoorbeeld een probleem met de opname van voeding uit de darm? Nee, dat is niet het geval, het is niet de darm, maar het zijn de keuzes die iemand maakt, die ten dienste staan van zo dun mogelijk worden. Bijvoorbeeld de beslissing ook vandaag niet te eten, zodat het streefgewicht sneller wordt bereikt, en ook de beslissing wat vaker naar de sportschool te gaan om nog wat af te vallen. De persoon met anorexia beslist, maar de stoornis beïnvloedt die beslissing en bestaat daar in, in elk geval voor een deel.<sup>2</sup> Nu beïnvloeden aandoeningen in het algemeen onze keuzes. Iemand met lumbago, lage rugpijn, bijvoorbeeld kan besluiten vandaag niet te gaan tennissen, vanwege de pijn.<sup>3</sup> Dus de lumbago beïnvloedt de keuzes net zo goed.

Laten we die keuze dan eens zetten tegenover de keuze van iemand met een depressie die niet gaat tennissen. Iemand met lage rugpijn kan bij zichzelf denken: als ik nu ga sporten, dan wordt de pijn alleen maar erger, net als de vorige keer. De lage rugpijn vormt een

---

<sup>1</sup> Een bijzonderheid aan de psychiatrie, vergeleken met bijvoorbeeld cardiologie, is dat de psychiatrische diagnose zelf samen kan hangen met ethische normen. In de criteria voor een antisociale persoonlijkheidsstoornis bijvoorbeeld zijn “onverantwoordelijkheid” en “oneerlijkheid” te vinden, zo worden moreel geladen begrippen symptoom. Hetzelfde geldt voor de dwangmatige patiënt, die volgens de DSM “overdreven gewetensvol, scrupuleus en star betreffende zaken van moraliteit, ethiek of normen” is. De psychiatrische diagnose is zelf zo voor een deel “moreel”. Ik ga daar hier verder niet op in. Een ander thema waar ik niet expliciet op in zal gaan, maar wat zeker ethische relevantie heeft, is de specifieke aard van het lijden bij psychische stoornissen, die (deels) anders is dan bij somatische stoornissen. Een factor hierbij is ook stigma, een fenomeen dat concrete keuzes voor mensen met psychische stoornissen extra kan bemoeilijken. De ethicus en psychiater John Sadler schrijft: “If, in medicine, any historical universals exist, the stigmatizing of the mentally ill would be among them.” (Sadler, 2009), zie ook Thornicroft et al. (2016) en Henderson & Thornicroft (2009). Stigma beperkt zich niet tot de persoon zelf, ook naasten kunnen dit ervaren (Van der Sanden, Pryor, Stutterheim, Kok, & Bos, 2016). Zie voor de relatie tussen ethiek en psychiatrie ook Roberts (2016) en Sadler, Van Staden, & Fulford (2015).

<sup>2</sup> Deze formulering, de stoornis als oorzaak van dit gedrag, zou je als reïficatie kunnen zien, zie over dit fenomeen (Dehue, 2013). Immers, het feit dat een patiënt teneinde een (extreem) laag BMI te krijgen ervoor kiest niet te eten is, in zekere zin, een criterium voor het hebben van deze stoornis. Dit criterium wordt dan vervolgens weer gezien als de oorzaak van het gedrag (zoiets als: hij is depressief door een depressie). Toch is dit gebruik van de stoornis naar mijn idee niet bezwaarlijk in deze context, zoals je ook kunt zeggen dat iemand ten gevolge van dementie het overzicht mist en apraktisch is, of ten gevolge van een laag IQ bepaalde typen onderwijs niet kan volgen.

<sup>3</sup> Zie Meynen (2015a).

*argument* binnen zijn beslissing. Iemand met een depressie kan niet gaan sporten, niet omdat hij denkt dat dit zijn depressie erger maakt, maar doordat die depressie zijn beslissingscapaciteit zelf reeds beïnvloedt: de depressie maakt dat hij last heeft van pathologische besluiteloosheid, of dat hij geen energie heeft om te beslissen wat te doen die dag. De depressie vormt geen reden voor zijn beslissing om niet te gaan tennissen, maar is veeleer oorzaak van die beslissing.

Is er nu, meer in het algemeen, iets te zeggen hoe beslissingen beïnvloed kunnen worden door psychische stoornissen? Je kunt het proces van kiezen op allerlei manieren indelen. Een heldere manier, in drie fases, ziet er als volgt uit.<sup>4</sup>

- Eerste fase: er verschijnen opties waaruit je kunt kiezen. Bijvoorbeeld, ik zou vandaag boodschappen kunnen doen. Mensen die in een manische episode zitten, kunnen enorm veel opties genereren, waarbij tijdens een manie geregeld ook zeer onverstandige dan wel gevaarlijke opties verschijnen. Bij een depressie kan er juist een armoede aan plannen en ideeën optreden. Dit betreft allemaal de eerste fase van kiezen.
- In de tweede fase moet zo'n optie vervolgens worden geselecteerd. We kunnen van alles bedenken, maar wat gaan we omzetten in actie? Iemand met een manie kan grote dadendrang hebben, en heel veel opties, tot diep in de nacht, selecteren om uit te voeren.
- In de derde fase wordt gewoonlijk uitgevoerd wat in de tweede fase werd geselecteerd. Maar ook dat laatste stukje kan een probleem opleveren, dat men wel aanduidt met 'wilszwakte' (*akrasia*): je wil wel, maar het komt er niet van.<sup>5</sup> Dit kan bij verslaving relevant zijn: Je besluit niet meer te gaan drinken, maar je doet het toch.

Drie fases dus, waar je bij elke beslissing doorheen moet (soms in een split second, soms doet iemand er weken over), en elk van die fases kan door psychopathologie worden beïnvloed. Nu zult u zeggen, zulke psychopathologische invloed op keuzes lijkt me klinisch relevant, belangrijk voor psychologen bijvoorbeeld en ook familie, om mensen met psychische stoornissen te motiveren, te ondersteunen, soms wat af te remmen. Maar wat maakt dit *ethisch* relevant?

### **Wilsbekwaamheid**

Stel, de arts adviseert een jonge vrouw met anorexia nervosa een opname om haar BMI weer op peil te krijgen. Ze weigert – en ieder mens mag een behandeling weigeren. Je behandelt immers slechts met *informed consent*, hetgeen wil zeggen: je informeert de patiënt, de patiënt moet vrij van externe druk kunnen beslissen en wilsbekwaam zijn. In de gezondheidszorg is de autonomie van de patiënt in de voorbije decennia centraal komen te staan. Maar als het volle gewicht op de keuze van de patiënt komt te liggen – in plaats van, zoals het 50 jaar geleden was, op de beslissing van de arts, die “wist immers wel wat het beste voor je was” – dan moet die patiënt of cliënt wel *autonoom* kunnen kiezen.<sup>6</sup> Daarvoor is wilsbekwaamheid essentieel, en het is dan ook een cruciaal begrip in de medische ethiek. Je wilt niet dat mensen zichzelf met wilsonbekwame beslissingen in gevaar brengen. Bij elke beslissing die u en ik als patiënt nemen zal de arts zich ergens moeten afvragen, is dit een wilsbekwame beslissing, en als ze twijfelt, zal ze de wilsbekwaamheid expliciet dienen te beoordelen.

Is deze vrouw met anorexia nu wilsbekwaam? Dan is allereerst de vraag: hoe stellen we de wilsbekwaamheid vast? De KNMG hanteert hiervoor in haar stappenplan de meest

---

<sup>4</sup> Zie ook Meynen (2013) en Kalis & Meynen (2014).

<sup>5</sup> Zie Kalis (2011).

<sup>6</sup> Zie Beauchamp & Childress (2013) en Moreno (2007).

gebruikte criteria voor wilsbekwaamheid, ontwikkeld door Appelbaum.<sup>7</sup> Een patiënt is wilsbekwaam als deze de volgende vier capaciteiten heeft:

- de medische informatie, verstrekt door de behandelaar, kunnen begrijpen;
- de keuze kunnen communiceren;
- kunnen argumenteren over de opties;
- de eigen situatie kunnen waarderen.

De kans is aanzienlijk dat de vrouw met anorexia deze vier capaciteiten heeft. Ze is goed op de hoogte van haar BMI en wat dit medisch gezien betekent, dat haar lichamelijk conditie ernstig gevaar loopt. Ze kan redeneren over de opties, en duidelijk verwoorden wat ze wil en waarom. Dus is ze wilsbekwaam? Moeten we doen wat ze wil en nalaten wat ze niet wil, met het risico dat ze binnenkort overlijdt? Haar behandelaar staat voor die keuze.

Het vaststellen van wilsbekwaamheid bij mensen met anorexia is moeilijk.<sup>8</sup> Omdat patiënten volgens Appelbaums criteria wilsbekwaam kunnen zijn, maar we het gevoel hebben dat dit ergens niet klopt. Onderzoekers uit Oxford, Tan en Hope, hielden interviews met anorexiapatiënten en vroegen ze terug te kijken op hun behandeling en na te denken over de invloed van de stoornis op hun beslissingen. Tan en Hope concludeerden dat hoewel de vier criteria geschikt kunnen zijn om bij allerlei stoornissen wilsbekwaamheid aan het licht brengen, dit bij anorexia minder het geval is.<sup>9</sup> Dit komt, kort gezegd, omdat anorexia het vermogen tot redeneren, begrip, etc. ongemoeid kan laten, maar het doet iets met je waardensysteem. Opeens wordt een waarde die we allemaal tot op zekere hoogte wel herkennen, weinig vet hebben, absoluut, en het ‘verdringt’ zelfs de waarde ‘gelukkig’ of ‘gezond’ zijn. Niet iedereen is het met de bevindingen en conclusies van Tan en Hope eens.<sup>10</sup> Er is discussie over of en zo ja hoe, een beoordeling van iemands waarden, onderdeel moet zijn van wilsbekwaamheidsbeoordelingen. Immers, wordt die beoordeling daarmee niet willekeurig, mijn waarden zijn misschien niet de uwe.<sup>11</sup> Nee, volgens Tan en Hope gaat het om ‘authentieke’ waarden, dus dat de waarden consistent zijn met de persoon *zelf*, met de waarden die hij of zij eerder had.

### Authenticiteit

Laten we nog eens nauwkeuriger, en ook kritisch, naar de authenticiteit als criterium voor wilsbekwaamheid kijken. We doen dat aan de hand van diepe hersenstimulatie, een relatief nieuwe interventie, die ook in de psychiatrie steeds meer wordt toegepast, waarbij operatief een elektrode in het brein wordt geplaatst.<sup>12</sup> Diepe hersenstimulatie kan leiden tot wilsbekwaamheid. Een bekende casus uit Maastricht liet zien dat een man die diepe hersenstimulatie in verband met de ziekte van Parkinson kreeg, goed opknapte, maar ook een manisch beeld ontwikkelde, waarbij hij wilsbekwaam werd.<sup>13</sup> Stelt u zich nu eens het volgende gedachte-experiment voor. Een patiënt krijgt diepe hersenstimulatie in verband met een obsessieve compulsieve stoornis, laten we zeggen voor smetvrees. Het werkt prima, en hij wil de behandeling graag continueren. Maar hij moet ook een beslissing nemen over een

<sup>7</sup> Appelbaum (2007). Zie ook het *Stappenplan bij beoordeling van wilsbekwaamheid* van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), p. 119-120, ten aanzien van de beslissvaardigheid. De Koninklijke Notariële Beroepsorganisatie (KNB) gebruikt overigens eenzelfde beoordelingskader, zie *Stappenplan Beoordeling Wilsbekwaamheid ten behoeve van notariële dienstverlening*.

<sup>8</sup> Zie over wilsbekwaamheid bij anorexia nervosa onder meer Grisso & Appelbaum (2007), Meynen & Widdershoven (2012) en Elzackers, Danner, Hoek, & Van Elburg (2016).

<sup>9</sup> Zie Tan, Hope, Stewart, & Fitzpatrick (2006).

<sup>10</sup> Zie bijvoorbeeld Grisso & Appelbaum (2007), Meynen & Widdershoven (2012).

<sup>11</sup> Zie Fulford, Peile, & Carroll (2012) over waarden in de gezondheidszorg, en vooral de variatie en divergentie ervan.

<sup>12</sup> Zie ook Meynen (2011).

<sup>13</sup> Leentjens, Visser-Vandewalle, Temel, & Verhey (2004).

amputatie. Als hij zijn been niet laat amputeren, loopt hij kans op nierschade. Welnu, als de diepe hersenstimulatie aan staat, dan kiest hij voor amputeren. Maar als de stimulatie uit staat, dan kiest hij ervoor zijn been eraan te laten en nierschade op te lopen. Beide keuzes zijn wilsbekwaam. Kan dat? Ja, dat kan zeker, net zoals twee mensen alle twee een wilsbekwame maar verschillende keuze kunnen maken. Wat moet de dokter nu doen: amputeren of niet? Welke wilsbekwame keuze moet de dokter volgen? De ‘authenticiteit’ van de keuze kan ons hier helpen: we gaan de keuze volgen die de patiënt zelf maakt, zonder diepe hersenstimulatie, en dus niet amputeren met hoogstwaarschijnlijk nierschade als gevolg. Maar waarom zou de authentieke keuze de keuze zonder diepe hersenstimulatie zijn? Denken we niet te snel dat technologie niet authentiek zou zijn? En identificeren we authenticiteit niet al te gemakkelijk met hoe iemand *was*, met het verleden, in plaats van met wie iemand wil zijn en zal zijn. Moet de vraag niet luiden: wat wil deze patiënt in de toekomst, leven met of zonder diepe hersenstimulatie? En als dat met stimulatie is, dan moeten we de keuze volgen die de patiënt met die stimulatie maakt. Dat is dan immers de bijpassende, authentieke keuze, kun je zeggen. Authenticiteit is denk ik een behulpzame component, maar wat het in een concreet geval betekent, staat open voor discussie.<sup>14</sup>

We stellen vast: psychische stoornissen, zoals depressie en anorexia nervosa, kunnen ons vermogen om te kiezen zodanig beïnvloeden dat we niet langer wilsbekwaam zijn. Dat maakt ze medisch-ethisch relevant. En deze impact van psychische stoornissen – en daarbij reken ik ook stoornissen op het grensvlak met de neurologie, zoals dementieën – op de wilsbekwaamheid is (vrij) uniek. Probeert u maar eens iets anders te bedenken dat iemands wilsbekwaamheid kan ondermijnen.

### **Toerekeningsvatbaarheid**

Stoornissen kunnen niet alleen de autonomie beïnvloeden. Ze kunnen ook effect hebben op een ander, ethisch gezien even centraal begrip: verantwoordelijkheid. De Noor Anders Breivik koos ervoor om op 22 juli 2011 zoveel mogelijk slachtoffers te maken, onder wie veel kinderen. Hoe komt iemand ertoe? In principe kunnen er allerlei antwoorden op zo’n vraag komen, zoals terroristische motieven, maar het antwoord kan ook zijn: een psychische stoornis. Met dat antwoord is iets bijzonders aan de hand. Ons gedrag wordt dag in dag uit door 1001 factoren beïnvloed. Maar dat verandert niets aan onze verantwoordelijkheid voor onze daden. Maar dat ene antwoord, een psychische stoornis, dat verandert dat, of kan dat veranderen – volledig. Volgens het Noorse strafrecht is het zo, dat als Breivik psychotisch<sup>15</sup> was geweest ten tijde van het plegen van het delict, als hij wanen of hallucinaties had gehad, hij ontoerekeningsvatbaar was. Nu kun je zeggen: ja, maar dat is juridisch, en we hebben het toch over ethiek? Dat klopt, maar als het over de ontoerekeningsvatbaarheid gaat, verwijst men toch vaak naar ethiek. Zo zegt de Amerikaanse jurist Bonnie dat de ontoerekeningsvatbaarheid nodig is voor de *morele* integriteit van het strafrecht.<sup>16</sup> De ontoerekeningsvatbaarheid reflecteert eigenlijk een breed gedragen ethische notie, die niet beperkt is tot Noorwegen, Europa, of tot de moderne tijd.<sup>17</sup> Een notie die zo krachtig is, zou je kunnen zeggen, dat zelfs als je tientallen mensen moedwillig gedood hebt, onder wie kinderen, in beginsel, een psychische stoornis je verantwoordelijkheid kan wegnemen.

<sup>14</sup> Zie ook hoofdstuk 5 in Meynen (2016b).

<sup>15</sup> Zie Melle (2013); Meynen (2014).

<sup>16</sup> Zie Bonnie (1983) in het artikel ‘The moral basis of the insanity defense’: “The insanity defense, in short, is essential to the moral integrity of the criminal law.” Zie ook Meynen (2016b).

<sup>17</sup> Zie Simon & Ahn-Redding (2006).

Psychische stoornissen kunnen blijkaar iets doen met zowel onze autonomie<sup>18</sup> (eerste casus over anorexia) als onze verantwoordelijkheid (deze casus). Is het nu toevallig dat psychische stoornissen met *beide* wat kunnen doen, of zijn verantwoordelijkheid en autonomie op de een of andere manier aan elkaar gerelateerd? Het zijn niet identieke, maar wel verwante begrippen.<sup>19</sup> Autonomie vat ik op als: je laten leiden door jezelf, dat wil zeggen je eigen overwegingen en motieven (een vorm van authentieke controle, kun je zeggen).<sup>20</sup> Vaak neemt men aan dat dit ook nodig is voor verantwoordelijkheid.<sup>21</sup> Over die overeenkomsten en verschillen is veel meer te zeggen, bijvoorbeeld omdat er verschillende concepten van autonomie en verantwoordelijkheid zijn, maar voor dit moment stellen we vast dat het, gezien de verwantschap, niet verbazingwekkend is dat psychische stoornissen op beide invloed kunnen hebben.

### Parallellen tussen wilsbekwaamheid en toerekeningsvatbaarheid

Het is dan ook niet verwonderlijk dat er relevante overeenkomsten bestaan tussen de beoordeling van de wilsbekwaamheid enerzijds en van de toerekeningsvatbaarheid anderzijds. Ik noem een vijftal parallellen.<sup>22</sup>

Ten eerste, bij beide beoordelingen gaat het om een mentale toestand (of capaciteit) gerelateerd aan een *specifieke* handeling dan wel keuze. De wilsbekwaamheid wordt vastgesteld ten aanzien van een bepaalde beslissing, zoals de amputatie van een been. Een patiënt kan wilsbekwaam zijn ten aanzien van de amputatie, maar tegelijkertijd wilsbekwaam ten aanzien van een andere medische beslissing, zoals gebruik van antibioticazalf. Ook een verdachte kan voor het ene strafbare feit – bijvoorbeeld een mishandeling – ontorekeningsvatbaar zijn, terwijl hij toerekeningsvatbaar is voor het andere, bijvoorbeeld belastingfraude, in dezelfde periode gepleegd. Ten tweede, bij beide beoordelingen worden psychiaters als experts beschouwd. Hoewel elke arts wilsbekwaamheid kan vaststellen, zal in meer complexe gevallen vaak een psychiater worden geconsulteerd. Bij de beoordeling van de toerekeningsvatbaarheid geldt dit nog sterker: daarvoor komen geen andere artsen in aanmerking (overigens wel psychologen).<sup>23</sup> Ten derde, in de literatuur zie je dat zowel voor de toerekeningsvatbaarheid als de wilsbekwaamheid de

---

<sup>18</sup> Zie bijvoorbeeld Alfred Mele's *Autonomous agents. From Self-Control to Autonomy* (1995) voor voorbeelden hoe vormen van psychopathology effect kunnen hebben op persoonlijke autonomie.

<sup>19</sup> Het gaat dan om persoonlijke autonomie (*personal autonomy*). Zie bijvoorbeeld Marina Oshana (2002) over het verwantschap: "Much of the literature devoted to the topics of agent autonomy and agent responsibility suggest strong conceptual overlaps between the two, although few explore these overlaps explicitly. Surely, we think, the autonomous or self-governing agent is a responsible agent, and is accountable for her behavior where excusing conditions do not obtain. For how can a person fail to be responsible for behavior that she directs or determines?" (Hoewel ze de algemene visie goed weergeeft, zal Oshana zelf juist beide begrippen – autonomie en verantwoordelijkheid – onderscheiden. Zie ook Wallace (1994) p. 52 e.v. voor een onderscheid.) Zie tevens Mele (1995, p. 139) in *Autonomous agents*: "In this book, my primary interest in personal autonomy is an *intrinsic* interest (...) That said, I realize that some, perhaps many, readers of this book are interested in philosophical work on autonomous agency primarily for the light that it may shed on moral responsibility."

<sup>20</sup> John Christman schrijft: "Put most simply, to be autonomous is to be one's own person, to be directed by considerations, desires, conditions, and characteristics that are not simply imposed externally upon one, but are part of what can somehow be considered one's authentic self." (Christman, 2015) Eerder formuleerde hij (Christman, 1989, p. 5) de volgende conceptuele *core* ten aanzien van autonomie: "the actual *condition* of autonomy defined as a psychological ability to be self-governing". Daarbij is van belang dat behalve naar een 'ability', autonomie verwijst naar 'an authentic and independent self' (p. 3). Volgens deze conceptualisering is autonomie dus met authenticiteit verbonden (zie ook eerder ten aanzien van wilsbekwaamheid en authenticiteit). Tegelijkertijd dient onderkend te worden dat er verschillende concepten van persoonlijke autonomie zijn, zie hiervoor met name Feinberg (1989).

<sup>21</sup> Zie Haji (2010).

<sup>22</sup> Zie hiervoor Meynen (2016b en in druk). Er zijn overigens ook relevante verschillen Meynen (2016b).

<sup>23</sup> Dit hangt evenwel van het rechtssysteem af.



‘vrije wil’ als belangrijk wordt gezien. De patiënt moet een vrije keuze ten aanzien van de behandeling kunnen maken, en de verdachte moet in vrijheid zijn gedragskeuzen hebben kunnen bepalen. Ten vierde, beide beoordelingen zijn normatief, het gaat erom of de onderzochte persoon aan een drempelwaarde voldoet (dit is bijvoorbeeld anders dan bij de bepaling van lengte of gewicht, waar gewoon een getal uit komt). En waar de grens precies ligt, is niet eenvoudig aan te geven. Ten slotte, beide beoordelingen vinden plaats op het grensvlak van geneeskunde en recht. Wilsbekwaamheid is een kernbegrip uit het gezondheidsrecht, terwijl toerekeningsvatbaarheid een centraal begrip in het strafrecht is. Daarmee hangt samen dat beide beoordelingen directe juridische en dus praktische consequenties hebben: ze bepalen de beslissingsruimte en vervolgstappen binnen het strafrecht dan wel binnen de gezondheidszorg. (Het is niet zoals een IQ-meting, die je gewoon uit interesse eens kunt laten verrichten.)

### **Euthanasie op grond van een psychiatrische aandoening**

Wat kan bijvoorbeeld een directe consequentie zijn van een wilsbekwaamheidsbeoordeling? De beoordeling kan zijn uitgevoerd in het kader van een verzoek tot euthanasie, bijvoorbeeld op grond van psychiatrisch lijden. Een van de criteria voor euthanasie is dat het een wilsbekwaam verzoek dient te zijn. Euthanasie in de psychiatrie is de laatste jaren toegenomen.<sup>24</sup> Daar zijn verschillende kanten aan. Een daarvan is dat het gezien kan worden als een erkenning van het diepe lijden aan psychiatrische stoornissen. Er is ook discussie over, met name over de wilsbekwaamheid in deze gevallen.

Wilsbekwaamheid vaststellen, dat kunnen we in de regel best, zegt de Canadese onderzoeker Louis Charland, een bekend onderzoeker op het gebied van de wilsbekwaamheid.<sup>25</sup> Maar, vraagt hij, kunnen we het goed genoeg in de context van euthanasieverzoeken bij psychiatrisch patiënten? Charland ziet met zorg hoe in Canada euthanasie op grond van psychiatrische stoornissen dichterbij lijkt te komen. Zelf heeft hij als onderzoeker eerder het belang van emoties bij wilsbekwaamheid benadrukt.<sup>26</sup> In een boeiend artikel stelt hij de vraag of Mr. Spock uit *Star Trek* – die geen emotie kent of toelaat, want niemand van de planeet Vulcan, waar hij vandaan komt, kent emoties – nu echt wilsbekwaam kan zijn. Hij bekritiseerde daarmee het dominante, ook door de KNMG gehanteerde format voor wilsbekwaamheid van Appelbaum (de vier punten die we eerder zagen). Dat format zou onvoldoende aandacht voor emoties hebben, en erg gefocust zijn op de rationaliteit van een beslissing. Maar een stoornis als depressie kan veel met emoties doen terwijl het de rationaliteit vaak intact laat, en ook dat – die impact op emoties – kan enorme consequenties hebben voor de beslissingen die je neemt, stelt Charland. Inderdaad, emoties spelen natuurlijk ook een centrale rol bij keuzes, bijvoorbeeld bij beslissingen over je partner, een nieuw huis of een nieuwe baan. Kortom, Charland is kritisch ten opzichte van de Appelbaum-benadering en hij vraagt zich af of het effect op wilsbekwaamheid van sommige psychiatrische stoornissen wel wordt erkend. Dus, zoals Tan en Hope het format van Appelbaum bekritiseerden op grond van onderzoek bij anorexia en wezen op het mogelijk missen van waarden, bekritiseert Charland het format vanwege onvoldoende aandacht voor emoties.

In feite stellen Charland en zijn medeauteurs dat we wilsbekwaamheid in de alledaagse zorgpraktijk waarschijnlijk best kunnen vaststellen, maar, zo waarschuwen ze, men kan dat niet goed genoeg bij psychiatrische patiënten, zeker niet wanneer het gaat over de vraag van leven of dood zoals bij euthanasie aan de orde is. En ze verwijzen met

---

<sup>24</sup> Met de term ‘euthanasie in de psychiatrie’ wordt bedoeld op euthanasie op grond van psychiatrisch lijden. Zie hierover onder meer Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2014) en zie ten aanzien van de toename: KNMG (2017).

<sup>25</sup> Charland, Lemmens, & Wada (2016).

<sup>26</sup> Charland (1998).

bezorgdheid naar de Nederlandse en Belgische euthanasiepraktijk, en noemen specifiek de “Huppakee weg” casus die hier in Nederland ook veel stof deed opwaaien. In de *praktijk*, aldus Charland et al., kunnen we de wilsbekwaamheid van de psychiatrische patiënt gewoonweg niet goed genoeg vaststellen door de veelvormigheid waarmee psychische stoornissen de autonome keuzes kunnen bedreigen. Recent onderzoek over euthanasie bij psychiatrisch lijdende in Nederland lijkt enige steun te geven aan zijn positie. Daaruit blijkt dat een belangrijk onderwerp waarover in gevallen van euthanasie in de psychiatrie discussie bestaat, de wilsbekwaamheid is. In 8 van de 66 onderzochte gevallen bleek daarover tussen beoordelaars verschil van inzicht te bestaan.<sup>27</sup>

Maar heeft Charland nu gelijk? Eigenlijk doet hij een beetje alsof wilsbekwaamheid vaststellen bij mensen met een psychiatrische stoornis iets bijzonders, iets exceptioneels is. Maar dat is niet het geval.<sup>28</sup> Een van de belangrijke taken van de Psychiatrische Consultatieve Dienst hier in het VU medisch centrum is het vaststellen van wilsbekwaamheid ten aanzien van allerlei behandelingen bij mensen die (mogelijk) een psychische stoornis hebben. Kan de psychiater dan volstaan met het vaststellen van een stoornis om op grond daarvan te concluderen dat de patiënt dus wilsonbekwaam is? Zeker niet. Mensen met een psychische stoornis kunnen wilsbekwaam zijn, dat is gebruikelijk. Ook waar er impact is van psychische stoornissen op keuzes hoeft dit niet tot wilsonbekwaamheid te leiden, want de impact kan gradueel zijn, waarbij de drempelwaarde niet bereikt hoeft te worden. Waarvoor de psychiatrische expertise met name gewenst is, is om te kijken in hoeverre, ook als er een stoornis is, de patiënt toch in staat is een wilsbekwame keuze te maken. Kortom, wilsbekwaamheid vaststellen bij mensen met een psychiatrische stoornis is allesbehalve exceptioneel.

Charland heeft echter nog een tweede punt. Hij benadrukt dat het bij euthanasie om een beslissing over leven of dood gaat. Maar belangrijk is ook hier: is dat werkelijk iets nieuws, of zijn er ook nu al mensen met een psychiatrische stoornis bij wie de wilsbekwaamheid wordt vastgesteld en bij wie, als ze wilsbekwaam worden geacht, hun keuze leidt tot de dood? Ja, ook dat is nu al het geval. Elke patiënt, ook iemand met een psychische stoornis, mag in principe een medische behandeling weigeren. En dit geldt ook voor een levensreddende behandeling. Bijvoorbeeld, een oudere patiënt met een angststoornis die, wilsbekwaam, niet instemt met een operatie om een kwaadaardige darmtumor te verwijderen. Zijn keuze wordt gerespecteerd. De consequentie van deze wilsbekwame keuze is evenwel dat de man overlijdt. Dus ook nu kan de wilsbekwame keuze van iemand met een psychiatrische stoornis leiden tot diens dood bij weigering van levensreddende somatische behandeling.<sup>29</sup> Natuurlijk is er wel onderscheid tussen actieve levensbeëindiging zoals bij euthanasie en het nalaten van een levensreddende behandeling. Maar we moeten wel goed nadenken wat daarbij nu precies de relevante verschillen met betrekking tot de wilsbekwaamheid zijn – en dat is bij Charland et al. niet voldoende duidelijk. Mijn inschatting is dat de beoordeling van wilsbekwaamheid ook ten aanzien van euthanasie in de psychiatrie mogelijk is. Het zou zelfs zo kunnen zijn dat het inschatten van uitzichtloosheid bij psychiatrisch lijdende moeilijker is dan het beoordelen van wilsbekwaamheid.

We bespraken tot nu toe verschillende problemen rond het vaststellen van wilsbekwaamheid. Dergelijke problemen doen zich ook voor bij het vaststellen van de toerekeningsvatbaarheid. Ter illustratie, het eerste koppel van psychiaters dat Breivik onderzocht, vond hem psychotisch, lijdende aan schizofrenie en ontoerekeningsvatbaar, het tweede koppel zag geen psychose, en vond hem toerekeningsvatbaar – professionals kunnen tot heel verschillende

<sup>27</sup> Kim, De Vries, & Peteet (2016) en Doernberg, Peteet, & Kim (2016).

<sup>28</sup> Meynen (2016a).

<sup>29</sup> Meynen (2016a).

conclusies komen.<sup>30</sup> Is er, meer in het algemeen, iets wat psychiatrisch onderzoek kwetsbaar maakt, ook waar het gaat om normatieve beoordelingen, zoals bij wilsbekwaamheid en toerekeningsvatbaarheid?

### **Kwetsbaarheid van beoordelingen**

Bijzonder aan de psychiatrie is dat de diagnostiek in belangrijke mate gaat over subjectieve toestanden.<sup>31</sup> Een chirurg die een beenbreuk als diagnose overweegt, stelt de diagnose niet door vragen te stellen als: *voelt* het gebroken? Nee, de chirurg maakt een röntgenfoto, *die* is bepalend. Dat ligt anders in de psychiatrie. Als ik op de polikliniek voor angststoornissen in het kader van de diagnostiek een paniekstoornis overweeg, dan is het centrale criterium daarvoor de paniekaanval en dat is, anders dan een beenbreuk, een *subjectieve toestand*. Als iemand geen hevige angst *ervaart*, dan is er geen paniekstoornis. Dat de psychiatrie gaat over subjectieve toestanden, over ervaringen, en betekenissen maakt het mede tot zo'n fascinerend vakgebied.

Maar dit vormt ook een kwetsbaarheid, want ik kan eigenlijk alleen informatie krijgen over die subjectieve toestand door wat de persoon er *zelf over zegt*. Dat is een uitdaging voor de psychiater, psycholoog, en verpleegkundige. Bijvoorbeeld omdat een cliënt vanuit paranoiaïdie wantrouwig is naar hulpverleners en daarom niets wil delen. Anderen kunnen een traumatische ervaring zo belastend vinden, dat ze er niets over zeggen, en zo wordt de diagnose posttraumatische stress-stoornis (PTSS) niet gesteld, en de patiënt niet adequaat behandeld. Weer anderen vinden hun seksuele intrusies zo beschamend dat ze, ondanks dat ze er zeer onder lijden, er niets over prijsgeven. Stemmen (akoestische hallucinaties) kunnen patiënten ook bevelen om informatie niet met een psychiater te delen.

In de forensische psychiatrie vormt dit een extra uitdaging. Waar iemand naar de polikliniek voor angststoornissen komt met een hulpvraag, ontbreekt die in de forensische psychiatrie vaak, bijvoorbeeld bij de rapportage *pro Justitia*. De officier van justitie of rechter zijn opdrachtgevers en de verdachte hoeft daar helemaal niet achter te staan. Die verdachte kan er vervolgens voor kiezen om selectief informatie te delen. Ook is het mogelijk dat een verdachte niet de waarheid spreekt, en bijvoorbeeld actief probeert een ziekte voor te wenden (*malingering*) dan wel te doen of hij gezond is en symptomen die wel degelijk bestaan te ontkennen.<sup>32</sup> Dat kan grote consequenties hebben voor de beoordeling van de toerekeningsvatbaarheid, en dat kan weer belangrijke gevolgen hebben voor maatregelen en behandeling.

Kunnen we deze kwetsbaarheid verminderen en daarmee de kwaliteit van psychiatrische beoordelingen van hoe psychische stoornissen keuzes beïnvloeden, verbeteren? Bieden de neurowetenschappen wellicht perspectief?

### **Mind-reading met neurotechnieken: ethische vragen**

In 2016 publiceerde Marcel Just een bijzondere studie die liet zien dat met neurotechnieken gedachten kunnen worden 'gelezen' – al is het heel beperkt, *proof of principle* wordt dat wel genoemd.<sup>33</sup> Hij vroeg proefpersonen met een bèta-achtergrond om aan natuurkundige concepten te denken, zoals snelheid en zwaartekracht. Ze deden dat terwijl ze in een fMRI-scanner lagen, die verbonden was met een lerende computer. Die computer bleek op grond

---

<sup>30</sup> Meynen (2014).

<sup>31</sup> Zie hierover en over mind-reading Meynen (2017a).

<sup>32</sup> De verdachte kan er ook voor kiezen in zijn geheel niet mee te werken aan het onderzoek – een dergelijke situatie zou op een poli heel uitzonderlijk zijn. Maar de laatste jaren is de "weigerende observandus" bij de rapportage *pro Justitia* toenemend een issue. Zie bijvoorbeeld de brief van De Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie aan de Voorzitter van de Tweede Kamer, van 11 oktober 2013, Onderwerp: Weigerende observandi.

<sup>33</sup> Mason & Just (2016).

van neuroimaging te kunnen onderscheiden aan welk concept de proefpersoon dacht. Een opmerkelijk resultaat, dat suggereert dat neurowetenschappen aanvullende informatie over mentale toestanden kunnen bieden. Maar dit is natuurlijk nog geen klinisch gebruik van de hersenscanner. Eerder al verscheen een unieke studie in de *New England Journal of Medicine*. Een man in een vegetatieve toestand kon niet communiceren, totdat de artsen hem vroegen aan tennis te denken voor “ja” en aan huis te denken voor “nee”.<sup>34</sup> Een fMRI-scan detecteerde de verschillende hersenactivatiepatronen, en zo kon via de scan zijn antwoord op de vraag ‘gelezen’ worden. Ze vroegen bijvoorbeeld: “Heb je broers?” Het lukte zo met de patiënt te communiceren. Dit is een klinische setting, al is het een experiment.

In feite wordt er al volop nagedacht over de mogelijkheid van neurowetenschappelijke *mind-reading*, bijvoorbeeld bij mensen die verlamd zijn geraakt. Ook ondernemers als Elon Musk en Mark Zuckerberg zijn bezig met de mogelijkheid van ‘gedachtenlezen’ met neurotechnieken. Recentelijk verscheen er bij Oxford University Press een boek met de titel *I Know What You’re Thinking: Brain imaging and mental privacy*.<sup>35</sup> Het is niet verwonderlijk dat er ook een hoofdstuk gaat over *mind-reading* in de psychiatrie – het enige medisch specialisme waaraan in dit boek expliciet een hoofdstuk is gewijd. Als neurowetenschappelijke *mind-reading* beschikbaar zou komen, dan is het voor te stellen dat wanneer medische toepassingen overwogen worden, dat het eerste binnen de psychiatrie – en neurologie – zal gebeuren.

Wat betekent een dergelijke toepassing van *mind reading*? Dit zou in principe positief effect kunnen hebben op de kwaliteit van de beoordelingen van wilsbekwaamheid en toerekeningsvatbaarheid. Maar er zijn ook belangrijke zorgen, die te verdelen zijn in twee typen. De eerste is technisch, de tweede ethisch van aard.<sup>36</sup> Technisch is van belang: hoe betrouwbaar is de techniek, wat zijn valkuilen, hoe kom je tot een accurate interpretatie en wat zijn de beperkingen en geëigende toepassingen? Deze vragen gaan op zeker moment over in meer normatieve vragen, zoals mag je een techniek inzetten als die nog geen honderd procent zekerheid geeft? Tegelijkertijd, wat geeft die zekerheid, waarmee kunnen geen fouten worden gemaakt? DNA bijvoorbeeld geeft geen honderd procent zekerheid,<sup>37</sup> er kunnen enorme fouten mee worden gemaakt, toch gebruiken we het in de rechtspraak en medische praktijk. We moeten de lat voor de neurowetenschappen niet te laag, maar ook niet te hoog leggen.

Het belangrijkste punt is misschien wel dat zulke mogelijkheden *nieuwe* medisch-ethische vragen genereren. Want, stelt u zich eens voor, die patiënt in een vegetatieve toestand. Ze vroegen hem: “Heeft u broers?” Maar zouden we eigenlijk niet willen weten of het leven voor hem de moeite waard is, en of hij verder wil leven? Denkt hij dan aan tennis, of aan huis? En wat kunnen we met die bevinding, wat mogen we met die bevinding, wat moeten we met die bevinding? En in het licht van het voorgaande is een cruciale vraag: Wanneer geldt zo’n hersenrespons – ofwel ‘tennis-activatie’ ofwel ‘huis-activatie’ – als een *wilsbekwame* beslissing?<sup>38</sup> Psychiaters, zoals u weet, gelden als experts op het gebied van de vaststelling van wilsbekwaamheid. Als een geval als dit zich in de nabije toekomst voordoet,

---

<sup>34</sup> Monti et al. (2010). Over het design van de studie schrijven ze onder meer: “While in the functional MRI scanner, all patients were asked to perform two imagery tasks. In the motor imagery task, they were instructed to imagine standing still on a tennis court and to swing an arm to “hit the ball” back and forth to an imagined instructor. In the spatial imagery task, participants were instructed to imagine navigating the streets of a familiar city or to imagine walking from room to room in their home and to visualize all that they would “see” if they were there.”

<sup>35</sup> Richmond, Rees, & Edwards (2012).

<sup>36</sup> Technische aspecten staan overigens niet los van ethische: zo is het ethisch problematisch om ondeugdelijke technieken te gebruiken.

<sup>37</sup> Meynen (2015b, 2016b).

<sup>38</sup> Zie over deze vragen Peterson et al. (2013).

dan is het heel waarschijnlijk dat psychiaters erbij betrokken zullen zijn. Dat maakt dit voor een ethiek van de psychiatrie ook bijzonder relevant.

Als we via neurotechnieken een nieuw perspectief op de *mind* krijgen, dan ontstaan er nieuwe vragen over verantwoordelijkheid en autonomie. Hierover wordt al volop nagedacht en gepubliceerd. Een cruciaal punt is de privacy van ons geestelijk leven, in de medische context gebruiken we dan het woord vertrouwelijkheid. Wat psychiaters over mensen weten is soms veel meer privé dan wat er over ons hart, longen en nieren te weten is. Dat moet niet bij derden terechtkomen. Mind-reading kan in beginsel van alles aan het licht brengen, hoe ga je daar verantwoord mee om? Daarbij komt de vraag op: zou je mensen kunnen dwingen mind-reading te ondergaan? Nee, zult u zeggen, niet in de psychiatrie. Maar er is ook zoiets als drang. Stelt u zich een tbs-er voor, die na jaren tbs graag op verlof wil. De kliniek zou het ook wel willen, maar heeft onvoldoende vertrouwen dat het recidiverisico verlaagd is. Een hersenscan zou meer duidelijkheid kunnen geven. Als je weet dat je niet naar buiten mag zonder scan, en met een scan mogelijk wel, dan heb je, na tien jaar tbs, misschien te maken met zo'n aanbod dat je niet kan weigeren. In de woorden van The Godfather, *an offer you can't refuse*.<sup>39</sup> Misschien is er ook een ander aanbod dat wellicht in de nabij toekomst aan een tbs-er zou kunnen worden gedaan: Je mag niet naar buiten, tenzij je akkoord gaat met het implanteren van een elektrode in het kader van diepe hersenstimulatie. Staan we dat toe? Gaan we hersenen niet alleen lezen maar ook in een forensische context moduleren? Gaan we niet alleen vaststellen of mensen hun keuzes al dan niet wilsbekwaam maken, maar die keuzes ook middels directe herseninterventies beïnvloeden? Dit klinkt als 'neuroscience fiction'.<sup>40</sup> Maar de ontwikkelingen zijn ver genoeg, en de mogelijke consequenties ingrijpend genoeg om erover na te denken, en dat gebeurt ook al. Dit zijn ontwikkelingen waar je niet door overvallen wilt worden.

## Conclusie

De rationale van een ethiek van de psychiatrie begint met de enorme impact die psychische stoornissen kunnen hebben op beslissingen die mensen nemen, zo sterk dat autonomie en verantwoordelijkheid soms verregaand beïnvloed worden. Impliciet daarbij is tot nu toe dat deze impact ook *gevaar* kan opleveren, kan resulteren in schadelijke keuzes, bijvoorbeeld over behandeling, maar ook kan leiden tot suicide, en in sommige gevallen tot delicten. De inschatting van de kans op schade is ook een centrale taak in de psychiatrie. Bovendien moet besloten worden hoe op dergelijk risico te reageren, met als ultieme mogelijkheid dwangopname en dwangbehandeling, en gelukkig steeds minder, separeren. Tegelijkertijd is de grote uitdaging binnen de GGZ – en de gezondheidszorg in het algemeen – dat de cliënt zijn eigen keuzes maakt, niet alleen over behandeling, maar ook zelf zijn leven vormgeeft. Dat is herstel.<sup>41</sup> Wilsonbekwaamheid en ooterekeningsvatbaarheid zijn de extremen, zij

---

<sup>39</sup> Meynen (2017b).

<sup>40</sup> Meynen (2017b).

<sup>41</sup> Zie voor een definitie van herstel het *Ervaringsdeskundigheid Beroepscompetentieprofiel* van GGZ Nederland, Trimbos Instituut, HEE!, & Phrenos (2013): "Onder het herstelproces wordt verstaan: het unieke, persoonlijke proces waarin de cliënt zijn eigen leven weer inhoud geeft. Het herstelproces leidt tot een hernieuwd zelfgevoel en identiteit." Het zelf maken van keuzen en dragen van verantwoordelijkheid staan bij recovery ook centraal. Pouncey & Lukens (2010, p. 93) schrijven dat de consistente boodschap van de herstelbeweging (in de VS) is "that persons with severe mental illness can and should be responsible for their own life choices." Zie ook Fardella (2008, p. 117): "For the recovery model, the subject must consciously recognize herself as an agent of choice; she must realize her potential in the reflective process of freely choosing goals that increase her prospects for human growth and development." Tegelijkertijd schrijven Pouncey & Lukens (p. 94): "However, in deliberately emphasizing the capabilities of persons with mental illness for self-determination, recovery advocates leave unaddressed important questions about how, when, and to what extent mental illness can limit a person's capacity to make sound choices, or even her moral accountability."

tonen de soms grote impact aan, maar het worden dwaallichten als we denken dat psychiatrisch patiënten dus geen keuzes kunnen maken. Binnen de herstelgedachte, en dat past veel breder in de gezondheidszorg, zijn keuzes een proces, van rouw, acceptatie, maar ook van hoop en succes. Daarin hebben ggz-hulpverleners een bescheiden maar wel essentiële rol, meer als coach of als medemens dan als ‘expert’. In mijn ogen is een van de beste ontwikkelingen in dit opzicht de ervaringsdeskundigheid, waarbij mensen – op verschillende manieren – die coachende rol kunnen vervullen.<sup>42</sup>

Immers, ook waar mensen niet wilsonbekwaam zijn, kan het lastig zijn ‘verstandig’ te kiezen. Hoe moet je verstandigheid hier opvatten? In een project over wilsbekwaamheid bij obsessieve-compulsieve stoornis (OCD), vroegen we OCD-patiënten zelf om, net als in de studie van Tan en Hope eigenlijk, terug te kijken naar periodes waarin de OCD-klachten ernstig waren, en te vertellen in hoeverre ze toen naar hun eigen oordeel wilsbekwaam waren. Dat blijkt niet zwart-wit te zijn, eerder komt een beeld naar voren van kwetsbare keuzes. Daarbij gaven die gesprekken ook een nieuw perspectief op wilsbekwaamheid: het bleek belangrijk in hoeverre keuzes mensen hielpen hun eigen levensdoelen te verwezenlijken. Keuzes die dat deden gaven blijk van, in Aristotelische zin, ‘praktische wijsheid’, beargumenteerden we, en waren aldus ‘bekwame’ keuzes.<sup>43</sup>

‘Kwetsbare keuzes’ als grondslag voor een ethiek van de psychiatrie, daar ging het over in het voorafgaande. Die kwetsbaarheid bleek te verwijzen naar de bijzondere aard van psychische stoornissen, die aanzienlijke impact op de beslissingen van mensen kunnen hebben, op alledaagse keuzes, maar ook op die rond leven en dood, en alles daartussenin. De keuzes van mensen met psychische stoornissen kunnen op die manier kwetsbaar zijn. Maar vormt dat nu de rationale van een ethiek van de psychiatrie? Gaandeweg werd eveneens duidelijk dat beslissingen van zorgverleners (zoals psychiaters, psychologen, verpleegkundigen) kwetsbaar zijn, zij het op een andere manier. Hoe moet je bijvoorbeeld over iemands wilsbekwaamheid beslissen, in het bijzonder rond het levenseinde? Daar bleken nog allerlei fundamentele vragen over te bestaan. En het is uiteindelijk ook de kwetsbaarheid van *die* beslissingen die een ethiek van de psychiatrie noodzakelijk en relevant maakt.

De thema’s die we bespraken werpen licht op de bijzondere relatie tussen psychiatrie en ethiek, maar er zijn vanzelfsprekend meer manieren om deze relatie te laten zien. De reden om vanmiddag juist naar deze thema’s en vragen te kijken is dat het onderwerpen zijn waar ik me zowel in onderzoek als onderwijs de komende jaren graag aan wijd, met name wilsbekwaamheid in het licht van het levenseinde, en de neuroethische uitdagingen waarvoor de hersenwetenschappen ons zullen stellen, zowel ten aanzien van het ‘lezen van gedachten’ als het moduleren van het brein, zoals met diepe hersenstimulatie. En dat in samenwerking met onder andere ethici, juristen, psychiaters en neurowetenschappers.<sup>44</sup>

<sup>42</sup> Zie over positionering en inhoud van de ervaringsdeskundige bijvoorbeeld (GGZ Nederland et al., 2013). Hierin wordt over ervaringsdeskundigheid gesteld: “Ervaringsdeskundigheid is het vermogen om op grond van eigen herstellervaring voor anderen ruimte te maken voor herstel.”

<sup>43</sup> Widdershoven, Ruissen, van Balkom, & Meynen (2017, p. 377): “We propose an alternative approach to competence, following Aristotle’s notion of practical wisdom (*phronesis*). First, practical wisdom implies knowledge of what fits into the situation and what is the right thing to do. Practical wisdom entails being able to apply general rules to the concrete situation. This is not just a matter of intuition, as it requires knowledge of the situation, which can be made explicit and justified afterwards. Second, practical wisdom is emotional; it implies having an adequate disposition and having adequate feelings about right and wrong. Practical wisdom means being able to find a balance between extreme feelings, for instance, being too involved with others on the one hand and showing no interest in their wellbeing on the other hand. Third, practical wisdom enables a person to combine different values in life, such as work and leisure, relationships and independence, and activity and rest. The right balance cannot be established in a theoretical way but needs to be enacted in practice, taking into account and accepting one’s capacities as well as limitations.” Zie ook Ruissen, Abma, Van Balkom, Meynen, & Widdershoven (2016) en Ruissen (2015).

<sup>44</sup> Martin van Hees, Bert Musschenga en Jacco Verburgt dank ik voor hun commentaar op de tekst.

## Dankwoord

Graag wil ik, aan het eind gekomen van mijn betoog, een aantal mensen bedanken. In de eerste plaats dank ik u allen voor uw aanwezigheid hier vandaag.

Dankbaar ben ik het College van Bestuur van de VU – en het faculteitsbestuur van Geesteswetenschappen – met name onze decaan Michel ter Hark – voor het in mij gestelde vertrouwen.

Daarnaast wil ik mijn dank uitspreken jegens GGZ inGeest, met name Aartjan Beekman en Jan Smit, voor het mogelijk maken van deze leerstoel.

De afdeling Wijsbegeerte – ik noem Martin van Hees en Marije Martijn – dank ik zeer voor deze mogelijkheid de ethiek van de psychiatrie binnen Wijsbegeerte verder vorm te geven.

Voor de geweldige samenwerking rond de 2-jarige Master track *Philosophy, Bioethics & Health* (PBH) – een bio-ethiek master met een accent op psychiatrie en neurowetenschap – dank ik graag collega's Guy Widdershoven, Suzanne Metselaar, Gerrit Glas, Reinier Munk, Lex Bouter, Rien Janssens, Britta van Beers, Bert Musschenga, en Henk de Regt. Voor de totstandkoming van deze master dank ik ook René van Woudenberg. Wat werken we met veel plezier samen en wat zijn we trots op onze geïnteresseerde, gemotiveerde en getalenteerde studenten. Ik verheug me op de komende jaren, waarin we onder meer gaan proberen onze samenwerking met Oxford te intensiveren.

Promovendi, zowel in Amsterdam als Tilburg, het is een voorrecht bij jullie projecten – variërend van cultuursensitiviteit bij de rapportage pro Justitia tot de vrije wilsbeleving bij mensen met een obsessieve compulsieve stoornis – betrokken te zijn.

Ton van Balkom en Nikander Rühl dank ik voor de prominente plaats die de ethiek in het onderwijs van de Amsterdamse psychiateropleiding gekregen heeft.

Damiaan Denys dank ik voor de samenwerking rond de filosofie en psychiatrie. Dat het tweede handboek Psychiatrie en filosofie een waardig opvolger van het eerste deel mag worden.

Erik Scherder, Pim Cuijpers, Jeroen Geurts, Joke Harte, Klaas Rozemond en Paul Mevis dank ik voor de leuke samenwerking met respectievelijk psychologie, neurowetenschappen en recht hier op de VU en daarbuiten.

Ik dank de vakgroep strafrecht in Tilburg voor de fijne werkomgeving. Tijs Kooijmans dank ik voor onze bijzonder waardevolle samenwerking op het fascinerende grensvlak van psychiatrie en recht.

Medebestuurleden van het Psychiatrisch Juridisch Gezelschap hier te Amsterdam, wie psychiatrie en recht verbindt stuit onvermijdelijk op ethische problemen, mooi dat die binnen ons gezelschap ook aan de orde komen.

Voor de psychiatrie kiezen, was na mijn artsexamen geen vanzelfsprekendheid. Witte Hoogendijk dank ik voor zijn coachende rol bij het maken van deze keuze, waarbij de geboden combinatie van opleiding en een boeiend promotietraject bij het Nederlands Instituut voor Neurowetenschappen ongetwijfeld hielp.

Ben Vedder, m'n promotor bij Wijsbegeerte in Nijmegen, dank ik voor de mogelijkheid om naast de opleiding tot psychiater en neurowetenschappelijk onderzoek, ook een filosofisch proefschrift af te ronden.

Dick Swaab dank ik voor zijn goede, zij het onnavolgbare voorbeeld, hoe een toegewijd promotor te zijn, en voor het contact dat we door de jaren heen hebben.

Ik dank mijn team van de polikliniek Angst en dwang van GGZ inGeest: ik noem Len, Willemijn, Ton en collega psychiaters Neeltje, Gerthe, Nazila en Arjan.  
Jacco Verburgt, opnieuw dank voor je waardevolle meedenken en adviseren.

Lieve familie en vrienden, Riek en Ed, moeder, en in gedachten vader, veel dank voor jullie humor en support. Lieve Eva, Jan en Vita, wat een geweldige kinderen zijn jullie. Lieve Eva, dank voor het leven dat je ons geeft.

Ik heb gezegd.

## Referenties

- Appelbaum, P. S. (2007). Clinical practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *New England Journal of Medicine*, 357(18), 1834-1840.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics* (7th ed.). New York: Oxford University Press.
- Bonnie, R. J. (1983). The Moral Basis of the Insanity Defense. *American Bar Association Journal*, 69(2), 194-197.
- Charland, L. C. (1998). Mr. Spock mentally competent? Competence to consent and emotion. *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, 5(1), 67-81.
- Charland, L. C., Lemmens, T., & Wada, K. (2016). Decision-Making Capacity to Consent to Medical Assistance in Dying for Persons with Mental Disorders *Journal of Ethics in Mental Health, open volume*.
- Christman, J. (1989). *The Inner citadel: essays on individual autonomy*. New York: Oxford University Press.
- Christman, J. (2015). *Autonomy in Moral and Political Philosophy*: Stanford Encyclopedia of Philosophy.
- Dehue, T. (2013). Definities die oorzaken worden. Over reïficeren als borgpen van een politiek ideaal. In M. Schermer, M. Boenink, & G. Meynen (Red.), *Komt een filosoof bij de dokter*. Amsterdam: Boom.
- Doernberg, S. N., Peteet, J. R., & Kim, S. Y. (2016). Capacity Evaluations of Psychiatric Patients Requesting Assisted Death in the Netherlands. *Psychosomatics*, 57(6), 556-565.
- Elzakkars, I. F., Danner, U. N., Hoek, H. W., & Van Elburg, A. A. (2016). Mental capacity to consent to treatment in anorexia nervosa: explorative study. *BJPsych Open*, 2(2), 147-153.
- Fardella, J. A. (2008). The recovery model: discourse ethics and the retrieval of the self. *Journal of Medical Humanities*, 29(2), 111-126.
- Feinberg, J. (1989). Autonomy. In J. Christman (Red.), *The inner citadel. Essays on individual autonomy* (pp. 27-53). New York: Oxford University Press.
- Fulford, K. W. M., Peile, E., & Carroll, H. (2012). *Essential Values-Based Practice. Clinical stories linking science with people*. Cambridge: Cambridge University Press.
- GGZ Nederland, Trimbos Instituut, HEE!, & Phrenos, K. (2013). *Ervaringsdeskundigheid Beroepscompetentieprofiel*. Zwolle: Epos Press.
- Grisso, T., & Appelbaum, P. S. (2007). Appreciating anorexia: decisional capacity and the role of values *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 13, 293-297



- Haji, I. (2010). The inauthentic evaluative schemes of psychopaths and culpability. In L. Malatesti & J. McMillan (Red.), *Responsibility and psychopathy* (pp. 261-281). Oxford: Oxford University Press.
- Henderson, C., & Thornicroft, G. (2009). Stigma and discrimination in mental illness: Time to Change. *Lancet*, 373(9679), 1928-1930.
- Kalis, A. (2011). *Failures of agency: irrational behavior of self-understanding*. Lanham, Md.: Lexington Books.
- Kalis, A., & Meynen, G. (2014). Mental disorder and legal responsibility: The relevance of stages of decision making. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(6), 601-608.
- Kim, S. Y., De Vries, R. G., & Peteet, J. R. (2016). Euthanasia and Assisted Suicide of Patients With Psychiatric Disorders in the Netherlands 2011 to 2014. *JAMA Psychiatry*, 73(4), 362-368.
- KNMG (2017). *Euthanasie in cijfers*. Utrecht, juni 2017.
- Leentjens, A. F., Visser-Vandewalle, V., Temel, Y., & Verhey, F. R. (2004). Manipuleerbare wilsbekwaamheid: een ethisch probleem bij elektrostimulatie van de nucleus subthalamicus voor ernstige ziekte van Parkinson. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 148(28), 1394-1398.
- Mason, R. A., & Just, M. A. (2016). Neural Representations of Physics Concepts. *Psychological Science*, 27(6), 904-913.
- Mele, A. R. (1995). *Autonomous agents: from self-control to autonomy*. New York, NY: Oxford University Press.
- Melle, I. (2013). The Breivik case and what psychiatrists can learn from it. *World Psychiatry*, 12(1), 16-21.
- Meynen, G. (2011). Psychiatrie en neuromodulatie. Welke wilsbekwame keuze moet de arts volgen? *NVBe-Nieuwsbrief*, 18(3), 9-11.
- Meynen, G. (2013). A neurolaw perspective on psychiatric assessments of criminal responsibility: decision-making, mental disorder, and the brain. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36(2), 93-99.
- Meynen, G. (2014). Het Breivik vonnis. Enkele opmerkingen vanuit een forensisch psychiatrisch perspectief. In v. d. M. Wolf, F. Koenraadt, & C. Kelk (Red.), *Van aandoening tot delict, van delict tot sanctie. Ontwikkelingen op het grensvlak van psychiatrie en strafrecht: 2000-2014*: Wolters Kluwer.
- Meynen, G. (2015a). How mental disorders can compromise the will. In W. Glannon (Red.), *Free will and the brain*: Cambridge University Press.
- Meynen, G. (2015b). Toerekeningsvatbaarheid. Over zekerheid en neurowetenschap. In P. A. M. Mevis, J. H. M. Tullen, B. C. M. Raes, E. A. Mulder, M. J. F. Van der Wolf, & S. R. Bakker (Red.), *Omwervingen tussen psychiatrie en recht. Liber amicorum prof. dr. H.J.C. van Marle*. Deventer: Kluwer.
- Meynen, G. (2016a). Commentary on "Decision-Making Capacity to Consent to Medical Assistance in Dying for Persons with Mental Disorders". *Journal of Ethics in Mental Health, Open Volume*.
- Meynen, G. (2016b). *Legal insanity. Explorations in Psychiatry, Law, and Ethics*: Springer.
- Meynen, G. (2017a). Brain-based Mind Reading in Forensic Psychiatry: Exploring Possibilities and Perils. *Journal of Law and the Biosciences*.
- Meynen, G. (2017b). Neurosciencefiction? *Tijdschrift voor psychiatrie*, 59(8), 454-455.
- Meynen, G. (in druk). Toerekeningsvatbaarheid en wilsbekwaamheid: grote overeenkomsten, belangrijke verschillen. In *Wilsbekwaamheid in de medische praktijk*, I. Hein en A. Hondius (Red.). Utrecht: De Tijdstroom.

- Meynen, G., & Widdershoven, G. (2012). Competence in Health Care: An Abilities-based versus a Pathology-based Approach. *Clinical Ethics*, 7(1), 39-44.
- Monti, M. M., Vanhauzenhuyse, A., Coleman, M. R., Boly, M., Pickard, J. D., Tshibanda, L., Owen, A.M., & Laureys, S. (2010). Willful modulation of brain activity in disorders of consciousness. *New England Journal of Medicine*, 362(7), 579-589.
- Moreno, J. D. (2007). The triumph of autonomy in bioethics and commercialism in American healthcare. *Camb Q Healthc Ethics*, 16(4), 415-419; discussion 439-442.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2014). *Standpunt Euthanasie in de psychiatrie* (Februari 2014).
- Oshana, M.A.L. (2002). The misguided marriage of responsibility and autonomy. *The Journal of Ethics*, 6, 261-280.
- Peterson, A., Naci, L., Weijer, C., Cruse, D., Fernández-Espejo, D., Graham, M., & Owen, A.M. (2013). Assessing decision making capacity in the behaviorally non-responsive patient with residual covert awareness. *AJOB Neuroscience*, 4(4): 3-14.
- Pouncey, C. L., & Lukens, J. M. (2010). Madness versus badness: the ethical tension between the recovery movement and forensic psychiatry. *Theoretical Medicine & Bioethics*, 31, 93-105.
- Richmond, S., Rees, G., & Edwards, S. J. L. (Red.). (2012). *I know what you're thinking brain imaging and mental privacy*. Oxford: Oxford University Press.
- Roberts, L.W. (2016). *A clinical guide to psychiatric ethics*. Washington: American Psychiatric Association Publishing.
- Ruissen, A.M. (2015). *Patient competence in obsessive-compulsive disorder: An empirical ethical study*. Proefschrift Vrije Universiteit.
- Ruissen, A. M., Abma, T. A., Van Balkom, A. J., Meynen, G., & Widdershoven, G. A. (2016). Moving Perspectives on Patient Competence: A Naturalistic Case Study in Psychiatry. *Health Care Analysis*, 24(1), 71-85.
- Sadler, J. Z. (2009). Stigma, conscience, and science in psychiatry: past, present, and future. *Academic Medicine*, 84(4), 413-417.
- Sadler, J.Z., Van Staden, C.W., & Fulford, K.W.M (Red. (2015). *The Oxford Handbook of Psychiatric Ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Simon, R. J., & Ahn-Redding, H. (2006). *The insanity defense, the world over*. Lanham, MD: Lexington Books.
- Tan, D. J., Hope, P. T., Stewart, D. A., & Fitzpatrick, P. R. (2006). Competence to make treatment decisions in anorexia nervosa: thinking processes and values. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 13(4), 267-282.
- Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., Koschorke, M., Shidhaye, R., O'Reilly, C., & Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet*, 387(10023), 1123-1132.
- Van der Sanden, R. L., Pryor, J. B., Stutterheim, S. E., Kok, G., & Bos, A. E. (2016). Stigma by association and family burden among family members of people with mental illness: the mediating role of coping. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(9), 1233-1245.
- Wallace, R. J. (1994). *Responsibility and the moral sentiments*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Widdershoven, G. A. M., Ruissen, A., van Balkom, A. J. L. M., & Meynen, G. (2017). Competence in chronic mental illness: the relevance of practical wisdom. *Journal of Medical Ethics*, 43(6), 374-378.

